

サービス等利用計画・障害児支援利用計画(セルフプラン)

ふりがな	〇〇 〇〇	生年月日	昭和・平成 令和	〇 年 〇 月 〇 日	連絡先電話番号	日中に連絡のつきやすい連絡先を記入
利用者氏名(児童氏名)	〇〇 〇〇	障害福祉サービス受給者証番号	18歳以上の方で認定を受けている場合に記入		計画作成日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
通所受給者証番号	新規の場合は記入不要	障害支援区分	なし・あり(区分1・2・3・4・5・6)			

希望する生活 (困っていることも記入してください)	・利用者が希望する生活の全体像を記載してください。(「こうやって生活したい」「こんなことをやってみたい」等) ・抽象的な表現ではなく、可能な限り具体的に記載してください。 ・利用者以外の家族の意向があれば、記載してください。
目標	・抽象的な努力目標ではなく、希望する生活に近づくための具体的な目標を記載してください。

希望する生活のためにいつまでに何をするか	
希望する生活のために何をするか	いつまでに(目標時期に ☒)
・上記の目標を達成し、希望する生活を実現するために必要なこと、取り組むことを記載してください。	☐ 1か月後 ☐ 半年後 ☒ 1年後 ☐ 3年後 ☐ その他()

利用する全てのサービスにチェックを入れてください。			利用する福祉サービス等	
種類(サービス名に ☒)		内容・量(頻度・時間)		提供事業者名(担当者名・電話)
☐ 居宅介護(身体・家事・通院・乗降) ☐ 同行援護 ☐ 行動援護 ☐ 短期入所 ☐ 生活介護 ☐ 施設入所支援 ☐ 就労定着支援 ☐ 就労選択支援 ☐ 自立訓練(機能訓練) ☐ 自立訓練(生活訓練) ☐ 共同生活援助(グループホーム) ☐ 就労移行支援 ☐ 就労継続支援(A型) ☐ 就労継続支援(B型) ☐ 児童発達支援 ☐ 放課後等デイサービス ☐ 保育所等訪問支援 ☐ 移動支援 ☐ 日中一時支援 ☐ 地域活動支援センター ☐ その他()		利用する福祉サービスの内容・量を記載してください。 ※量→ ・利用する時間、週何回利用するか等。 ・不定期利用の場合は、一月あたりに合計何回の利用が考えられるか等。		利用するサービス提供事業者名・担当者名・電話番号を記載してください。

その他留意事項	・項目に記載しきれない事柄や、福祉サービスの利用にあたって留意する点等があれば記載してください。 ・通院等介助で院内介助が必要な場合は下記①②③を記載してください。 ①院内介助が必要な心身の状況②具体的な介助内容(移動介助、排泄介助等)③医療機関のスタッフによる介助が得られないことを確認した経緯と病院名
---------	--

サービス等利用計画・障害児支援利用計画(セルフプラン)【週間計画表】

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								日常生活上の活動で、週間計画表に記載しきれなかった内容があれば、記載してください。 ・1日の中で習慣化していること。 ・余暇活動や趣味 等。
8:00								
10:00	・起床から就寝までの1日の生活の流れについて、利用する福祉サービス等を含めて、可能な限り切れ目なく記載してください。							
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								利用者直筆で記入 代筆の場合は利用者氏名の下に代筆者氏名・利用者との関係を記入 (関係事業所職員の代筆は認められません)
4:00								

利用者署名欄
(児童の場合は保護者)
※直筆に限る

利用者氏名